

Föräldrars upplevelse att bo i familjerum på neonatalavdelning

FÖRFATTARE

Anki Högvist

Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot hälso- och
sjukvård för barn och ungdomar

Examensarbete 15 högskolepoäng

OM5300 VT 2014

HANDLEDARE

Helena Wigert

EXAMINATOR

Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Föräldrars upplevelse att bo i familjerum på neonatalavdelning
Titel:	Parent´s experience of living in a family room on the neonatal care unit
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar 60 hp. Examensarbete
Kursbeteckning:	OM 5300
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Anki Högvist
Handledare:	Helena Wigert
Examinator:	Margareta Mollberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Idag vårdas nyfödda sjuka eller för tidigt födda barn på neonatal intensivvårdsavdelning (NIVA). På NIVA ges möjlighet till avancerad intensivvård och kvalificerad omvårdnad av barnet som utförs av vårdpersonal i ett aktivt samarbete med föräldrar. För att främja föräldrars delaktighet i vården av sitt barn erbjuds föräldrarna boende i familjerum på NIVA.

Syfte: Att beskriva föräldrars upplevelse att bo i familjerum på NIVA när deras barn vårdas där.

Metod: Detta är en forskningsplan för en kvalitativ studie med en induktiv, deskriptiv ansats. En pilotstudie har genomförts för att testa metod med intervjuer av två föräldrar och ligger till grund för resultatet. Datamaterialet analyserades efter Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre huvudkategorier identifierades *Rummets vårdmiljö, Isolerat - som en bubbla* samt *Möjlighet till avlastning*. Föräldrarna uppskattade den fysiska och psykiska vårdmiljön i familjerummet, trots att vårdpersonal kom in rummet dygnet runt utan förvarning. Isoleringen på rummet upplevdes påfrestande och föräldrarna upplevde att syskon inte ville vara kvar inne på rummet. Föräldrarna beskrev att de känt sig delaktiga i vård och omvårdnad av sina barn på familjerummet.

Konklusion: Föräldrarna upplevde att de lärde känna barnet när de bodde tillsammans på familjerummet och hade möjlighet att fysiskt närvara hos sitt barn dygnet runt. Föräldrarna gjorde sig hemmastadda på rummet och uppskattade att vårdpersonal tittade till dem med jämna mellanrum. En förutsättning för att kunna lämna rummet var att föräldrarna avlöste varandra. Även om vårdpersonalen många gånger sa till föräldrarna att de kunde lösa av dem så blev det sällan så.

ABSTRACT

Introduction: Today caring for newborn, sick babies or premature infants is in neonatal intensive care units (NICUs). There is an opportunity in NICUs for advanced critical care and skilled nursing care of the child, conducted by health professionals in an active partnership with parents. To encourage parental participation in the care of their children parents are offered accommodation in a family room in the NICU.

Objective: The aim is to describe parents' experience to stay in a family room in the NICU when their child is cared for there.

Method: This is a research plan for a qualitative study with an inductive, descriptive approach. A pilot studie have been conducted to test the method with interviews of two parents to form the basis of the results. The data were analyzed by Graneheim and Lundmans (2004) method of qualitative content analysis.

Result: Three main categories were identified *Room care environment*, *Isolated-like a bubble* and *Opportunity for relief*. The parents appreciated the physical and mental health care environment in the family room, even though the nursing staff came in throughout the day without notice. The isolation in the room was perceived stressful and the parents experience was that siblings did not want to be inside the room. The parents stated that they felt involved and participated in the care of their children in the family room.

Conclusion: The parents felt that they got to know the child when they lived together in the family room and had the opportunity to be physically present at their children throughout the day. The parents made themselves at home in the room and appreciated that healthcare professionals looked at them periodically. A prerequisite for being able to leave the room was that the parents solved each other although nursing staff often told the parents that they could solve them, it rarely happened.

Keywords: Parent, experience, family room, neonatal, intensive care, NICU

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	4
Inledning	4
Bakgrund	4
Familjecentrerad neonatalvård.....	4
Barnkonventionen och NOBAB	5
Barnsjuksköterskan	6
Vårdvetenskapligt antagande	7
Teoretisk referensram.....	7
Vårdmiljö	7
Delaktighet	11
Tidigare forskning.....	11
Problemformulering.....	14
SYFTE	14
METOD	15
Urval	15
Datainsamling	15
Dataanalys.....	16
Pilotstudien	16
Forskningsetiska överväganden	19
RESULTAT	21
Rummets vårdmiljö	21
Isolerat -som en bubbla	24
Möjlighet till avlastning.....	25
DISKUSSION.....	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion.....	30
Slutsats	33
REFERENSLISTA	35
Bilagor 1-3	

INTRODUKTION

Inledning

När ett nyfött barn föds för tidigt eller är sjukt vid födseln behöver barnet vård på neonatal intensivvårdsavdelning (NIVA). På NIVA ges möjlighet till avancerad intensivvård och kvalificerad omvårdnad av barnet som utförs av vårdpersonal i ett aktivt samarbete med barnets föräldrar. För att främja föräldrars delaktighet i vården av sitt barn erbjuds föräldrarna boende i familjerum på avdelningen. Familjerum ger både föräldrar och syskon möjlighet att bo tillsammans med barnet på neonatalavdelning. Få studier beskriver hur föräldrar upplever det att bo i dessa familjerum, därför behövs mer kunskap och forskning inom detta område. Syftet med studien är att beskriva föräldrars upplevelser att bo i familjerum på en neonatalavdelning.

Bakgrund

Familjecentrerad neonatalvård

I Sverige föds varje år cirka 100 000 barn, av dem behövde 11 857 barn vårdas olika lång tid på NIVA enligt Svenskt neonatalt kvalitetsregisters (SNQ) rapport för år 2012 (SNQ, 2014). Vanligaste orsakerna till vård på NIVA är prematuritet, andningsproblem vid födseln och olika infektioner (Jackson & Wigert, 2013; Olhager, 2012). När ett barn föds för tidigt är det prematurt, i betydelsen omoget, vilket innebär att barnet är fött före den 37 graviditetsveckan. En annan benämning än prematur är underburen, i jämförelse med fullgången vid 37- 42 graviditetsveckor och därefter överburen (Olhager, 2012). Om barnet är prematurt eller sjukt vid förlossningen, eller i behov av extra övervakning, vårdas barnet på en specialiserad neonatalavdelning till för tidigt födda eller sjuka nyfödda barn. Neonatalavdelningen kan vara delad i olika enheter, en enhet med intensivvård, NIVA och en annan enhet med traditionell neonatalvård (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2009). Härfter benämns NIVA och neonatalavdelning enhetligt med NIVA. På NIVA kan det späda barnet ges avancerad intensivvård av specialistutbildad sjukvårdspersonal som vårdar och övervakar barnet (Olhager, 2012; Wigert, 2008). Hur lång vistelsen på NIVA blir avgörs främst av barnets medicinska tillstånd, omvårdnadsbehov och av barnets gestationsålder, det vill säga, i vilken graviditetsvecka som barnet föddes (Jackson & Wigert, 2013; Olhager, 2012).

En anhörig betecknas som en närstående person till patienten med nära anknytning (Beck-Friis & Strang, 2005), enligt Östlinder (2004) associeras anhörigbegreppet ofta till personer med blodsband till patienten. Närstående är ett utvidgat begrepp, jämfört med anhörig, vilket även kan innefatta andra personer i patientens sociala nätverk förutom patientens anhöriga. I modern tid kan en familj se mycket olika ut och behöver inte bara innefatta personer med nära släktskap (ibid). Med barnets perspektiv i centrum är målet att bedriva en familjecentrerad vård på NIVA där det nyfödda barnets intresse tas tillvara av sina föräldrar (Olhager, 2012).

En familjecentrerad vård på NIVA kan ses som övergången från ett synsätt där barnet är det passiva målet för en medicinsk intervention, till en värdegrund där familjen är det självklara målet för omvårdnad (Harrison, 2010; Jackson & Wigert, 2013; Olhager, 2012). Inom den neonatala vården ses familjen som en enhet med unika behov. Familjen är livsavgörande för barnet och de olika familjemedlemmarnas behov och upplevelser uppmärksammas (Cockroft, 2012; Gooding, Cooper, Blaine, Franck, Howse & Berns, 2011; Cooper, Gooding, Gallagher, Sternesky, Ledsky & Berns, 2007; Jackson & Wigert, 2013). För att bedriva en familjecentrerad omvårdnad av barnet behöver föräldrarna erbjudas och ha tillgång till övernattningsrum på NIVA. Föräldrarna kan därigenom få möjlighet att fysiskt närvara vid vården av sitt nyfödda barn (Kylberg et al., 2009; Wigert, Johansson, Berg & Hellström, 2006). Denna närvaro möjliggörs genom att låta föräldrar och även syskon bo tillsammans i familjerum på NIVA (Kylberg et al., 2009; Wigert, 2008). När barnets tillstånd är stabilt kan föräldrarna vårda och sköta sitt barn på familjerummet. Om barnets medicinska tillstånd kräver mer avancerad intensivvård och övervakning använder föräldrarna familjerummet som övernattningsrum. Barnet får då vårdas på avdelningens intensivvårdsenhet, där det inte finns möjlighet för föräldrar att sova bredvid barnet (Jackson & Wigert, 2013).

Barnkonventionen och NOBAB

Redan år 1923 antog Internationella Rädda Barnen *Deklarationen om barns rättigheter*. Innehållets främsta budskap var att män och kvinnor i alla länder ska försvara barns rättigheter. Efter flera års förberedelser inom Förenta Nationernas (FN;s) barnfond United Nations Children's Fund (UNICEF) skapades

Barnkonventionen (1989), som trädde i kraft år 1990 i Sverige. Barnkonventionen innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn och fastslår att barn är varje människa under 18 år. Artikel två, tre, sex och tolv är de fyra huvudprinciperna där alla barns lika värde, barnets bästa, barnets rätt till liv och barnets rätt till att bli lyssnad på behandlas. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn och är den artikel som är konventionens grundpelare (UNICEF, 1989). Föräldrars ansvar att tillgodose sitt barns behov och goda omvårdnad regleras i *Föräldrabalken* (SFS 1949:381) och om föräldrarna inte kan vårda sitt barn i hemmet ansvarar sjukvårdspersonal för att föräldrar görs delaktiga i sitt barns vård på sjukhus enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 1982:763).

Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB) har utarbetat riktlinjer (NOBAB: s standard, 2004) för barn som vårdas på sjukhus, dessa bygger på FN: s barnkonvention. Där påpekas barnets rätt till trygghet vilket innebär att barnet har rätt till att ha en förälder hos sig på sjukhuset under sin sjukdomstid, oavsett barnets ålder. I de fall inte en förälder kan närvara ska en närstående kunna erbjudas att ta förälderns plats. Barnet har också rätt till att få hjälp av sina föräldrar, detta innebär att det ska beredas plats på barnets rum för en förälder och att föräldern kan medverka i vården av sitt barn genom att erhålla den information och vägledning som föräldern behöver. Miljön, där barnet vårdas, ska vara säker och inspirerande för barnet och sjukvårdspersonalen ska vara utbildad för att ta hand om barn. Innebörden blir att barnet ska vårdas på en vårdavdelning anpassad för barn med sjuksköterskor som har specialistutbildning inom barnsjukvård (NOBAB, 2004).

Barnsjuksköterskan

I barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2008) står det att barnsjuksköterskan verkar för skapandet av en god och tillitsfull relation med barnet samt att alla beslut som rör barnet ska tas utifrån barnets bästa. Barn är inte små vuxna och de har, bland annat på grund av sin ålder, svårt att tillåtas få bestämma själva i beslut som påverkar deras vård och behandling. Oförmågan till självbestämmande innebär att de är beroende av föräldrarnas beslut rörande vård och omvårdnad av dem (ibid). En barnsjuksköterska ska kunna möta barn och familj i både glädje och sorg, oavsett ålder och utvecklingsnivå på barnet. För optimal omvårdnad av barn och familj krävs omtanke, ett gott bemötande och skicklighet. Barnsjuksköterskan har fördjupade

kunskaper och färdigheter inom området (ibid). Det är också av vikt att ge stöd till familj och deras närstående för deras upplevelse av delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skriver att vård ska bedrivas så barn och dess anhöriga finner trygghet i sjukvårdande behandlingar och i sina kontakter med vårdpersonal. Om information inte kan ges till barnet ska det lämnas till anhörig, vård och behandling ska ske i samråd med barn och/eller anhörig. Barn och föräldrar behöver få individuellt anpassad information vilket kräver ett bra bemötande från barnsjuksköterskan (International Council of Nurses (ICN), 2002; SOSFS 2005:12).

Vårdvetenskapligt antagande

Vårdvetenskaplig forskning handlar om att utveckla teorier inom omvårdnad och urskilja samt definiera begrepp (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Genom vårdvetenskaplig forskning kan forskare och vårdpersonal få ett gångbart språk, där olika omvårdnadshandlingar benämns och uppfattas på ett likvärdigt sätt. Då kan den praktiska vårdhandlingen bli ett redskap för vårdpraxis och förbättra för patienten (Ekebergh, 2012). Genom en ökad förståelse av tillvaron då ett fenomen förstås på ett nytt sätt ges möjlighet att handla annorlunda än tidigare (Wiklund et al., 2012). Enligt Ylikangas (2012) ger en vårdande miljö patienten möjlighet till återhämtning av hälsa och välbefinnande. I denna studie är begreppet vårdmiljö centralt.

Teoretisk referensram

Vårdmiljö

Nationalencyklopedin (NE, 2014) definierar vårdmiljö inom sjukvården som den sociala miljö på en mottagning eller avdelning som påverkar både vårdgivare och vårdmottagares kontakt och förhållande till varandra. Vårdmiljö kan också benämnas omgivning och kan då betyda den fysiska vårdmiljön i omgivningen som genom sin utformning kan fungera som en resurs. Vårdmiljöns sociala och fysiska utformning påverkar sjukvårdspersonal, patient och de närstående, till deras upplevelse av en god vård. Tilltalande och väl utformad vårdmiljö kan beskrivas som trivsamt, vackert och behagligt vilket kan öka välbefinnandet (NE, 2014). Begreppet omgivning som innefattar vårdmiljö är ett av de fyra konsensusbegreppen inom omvårdnadsdisciplinen och har fastställts gemensamt av omvårdnadsforskare (Bergbom, 2012). Vårdmiljöbegreppet refererar till fysisk vårdmiljö såväl som till den

omgivning i vilket vårdandet sker och då också påverkas av de människor som interagerar där (a.a. s. 52).

Föräldrar påverkas av den vårdmiljö de vistas i och när nyblivna föräldrar kliver in i en obekant vårdmiljö som NIVA reagerar föräldrarna med sina sinnen på olika syn-, hörsel-, lukt- och känseluttryck. Den stämning och atmosfär som råder påverkar föräldrarnas känslor vilket innebär att föräldrarna kommer uppleva vårdmiljön som vårdande eller inte vårdande (Ylikangas, 2012). Vårdmiljön på en intensivvårdsavdelning har av vuxna patienter och deras närstående beskrivits som en enhet bestående av patient, vårdare, närstående och medicinsk teknik som tillsammans bildade en helhet (Ylikangas, 2007). Patienterna upplevde vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen som de viktigaste för en god vårdmiljö och den medicinska tekniken som mindre betydelsefull. Då patienten fick uppmärksamhet, blev sedd som unik person, möttes av värme, lugn, ro och trygghet ledde det till ett välbefinnande hos patienten. Vårdmiljön upplevdes som vårdande (ibid). Ulrichs (2012) forskning visade bland annat att bullerdämpning på en intensivvårdsavdelning gav förbättrat vårdresultat för både barn och vuxna patienter. Bullerdämpning förbättrade patienternas sömnkvalité, sänkte användningen av smärtlindrande läkemedel och gav en ökad tillfredsställelse hos patienter (ibid). Vårdmiljö kan vara den fysiska vårdmiljö som patient och närstående vistas i men kan även vara den psykiska vårdmiljö där bemötandet påverkar patient och närståendes upplevelse av vårdmiljön (Douglas & Douglas, 2004).

Estetik kommer från grekiska *aisthêtiko's* som kommer från *ta aisthèta*, det sinnliga, det förnimbara (NE, 2014) och betyder läran om det sköna (Bergbom, 2014). Begreppet estetik kan kopplas samman med måleri, design, arkitektur och konst samt i vårdssammanhang med själva utövandet av omvårdnaden (ibid). Färg, form, konst, ljus och utsmyckning anser även Forsgren (1999) är exempel på estetik i vårdmiljön och färger i den omgivande vårdmiljön påverkar människan både fysiskt och psykiskt. Röda färgtoner kan betraktas som varma medan vitt upplevs som sterilt (ibid). Det är den enskilda människan som genom sina sinnen har olika upplevelser av vad som är vackert, ger välbehag och skapar harmoni (Forsgren, 1999).

En god luftkvalitet, en stimulerande utemiljö samt ett ordentligt ljusinsläpp gav en god vårdmiljö som hade stor inverkan på patientens tillfrisknande, detta förespråkades redan på 1800-talet av Florence Nightingale (Bergbom, 2014; Kirkevold, 2000; Ylikangas, 2012). Vårdmiljön är central i Nightingales omvårdnadsmodell och specifika element, av vikt att förändra vid behov var; vädring, frisk luft, rent vatten, ljus, uppvärmning, bullerkontroll och hantering av exkrementer som kunde ge dålig lukt (Selanders, 1995). Nightingale ansåg att utifrån vårdmiljöns utformning skapades ett välbefinnande för patienten som gynnade läkningen och en estetiskt tilltalande vårdmiljö främjade patientens hälsa och det egna naturliga helandet (Bergbom, 2014; Selanders, 1995; Ylikangas, 2012).

Enligt *Kompetensbeskrivning för Sveriges sjuksköterskor* ska sjuksköterskan värna om en tilltalande vårdmiljö där patienter och deras närstående bemöts med respekt och integritet (Socialstyrelsen, 2005). Då sjuksköterskan bör betrakta patienten som ett subjekt och inte ett objekt (ICN, 2002), kan patientens psykiska vårdmiljö påverkas av sjuksköterskans bemötande genom beröring, tal, och uppträdande (Stryhn, 2007). Attityder till vårdinrättningen påverkas av hur vårdmiljön upplevs av patienter. Enligt en studie från 2004 (Douglas & Douglas) hade patienter behov av lite avskildhet i vådrummet, dessutom upplevde patienterna det viktigt att vårdmiljön var hemlik och välkomnande för att kunna ge hälsa och välbefinnande. Forsgren (1998) säger i sin studie att vårdtiden spelar roll för patientens upplevelse av vårdmiljöns påverkan. En patient som vistades kortare tid i en dåligt planerad vårdmiljö orkade stå ut bättre eftersom patienten visste att hemgången var nära förestående (ibid). Geimer-Flanders stärker i en litteraturstudie (2009) att patientens välbefinnande påverkas av hur upplevelsen av omgivningen är, detta genom att visa på hur attraktiva vårdmiljöer bidrar till mindre oro hos patienten som då upplever vården som mer kompetent (Geimer-Flanders, 2009).

Då omgivningen påverkar den fysiska och psykiska hälsan hos patienter behövs en standard på den fysiska vårdmiljön (Kirkevold, 2000). Det innebär att anpassa vådrummet till den vård som skall bedrivas där, som exempelvis rätt belysning, skötbord i närheten av vatten och teknisk apparatur i rätt nivå med eluttag som underlättar för förflyttning av patient (Douglas & Douglas, 2004). Det skall finnas utrymme och plats för de närstående som behöver vistas runt patienten och stolar att

sitta på, både för vila och för närhet till patienten (Kylberg et al., 2009; Lundqvist & Kleberg, 2009; Wigert, 2008). Om det finns syskon som hälsar på behöver det finnas lekutrymme för dem (Douglas & Douglas, 2004; Kylberg et al., 2009; Wigert, Berg & Hellström, 2010) och det behöver också finnas hygienutrymme till varje enskilt vådrum (Douglas & Douglas, 2004). Fridell (1999) anser att vårdmiljöns utformning måste utgå från patientens behov och välbefinnande, därigenom kan vårdandet underlättas och läkningsprocessen vara optimal, Forsgren (1999) skriver, *"att få se någonting vackert, vacker natur, fina tavlor, att liksom bara få titta, det känns ju på nåt sätt helande, jag blir lycklig när jag ser vackra saker."* (a s 16).

Wijk (2014) menar att vårdmiljön ska ha kvalitativa aspekter och ge patienten en känsla av välbefinnande. I en god vårdmiljö beaktas alla delar (Wijk, 2014; Ylikangas, 2012). Vården ska planeras i samförstånd med patient och patientens närstående samt bygga på partnerskap. I fokus ligger respekt för patientens förmåga till egna informerade beslut och att se till patientens egna resurser (Ekman & Norberg, 2012). Vårdmiljön ska skapa trygghet och ge patienten känslan av att vara välkommen (Ylikangas, 2012), vilket uppmärksammas i Douglas & Douglas (2004) studie där en patient uttryckte, *"A patient-friendly hospital is made by the staff being nice. The facilities here are fine and the grounds adequate. The visual appearance is OK and the hospital no longer has that awful smell when you walk in."* (a s 65).

Inom vården sker vårdandet oftast i olika rum som anpassats efter sin verksamhet (Lassenius, 2012), detta avser ofta den fysiska vårdmiljön men ger också utrymme för tolkande av kommunikation som sker i rummet. Sjuksköterskan påverkar genom sitt förhållningssätt till patienten, genom verbal- och icke verbal kommunikation, den stämning som förmedlas i rummet och hur patienten upplever rummet. Händelser i rummet kan skapa trygghet för patienten eller otrygghet beroende på sjuksköterskans interaktion med patienten. Lassenius (2012) menar att sjuksköterskan genom sin närvaro kan bringa lugn och ro runt patienten vilket bidrar till att patientens oro lindras och rädslan minskar.

Vårdmiljön på NIVA uppfattades av många föräldrar enligt Gavey (2007) som skrämmande med övervakningsutrustning, infusionspumpar, saturationsmätare och andra apparater som pep, blinkade och larmade. Ljud och ljus upplevdes av föräldrar

som skrämmande och störande, mängden sjukvårdspersonal runt en neonatal intensivvårdspatient kunde vara mer än tio personer, vilket chockerade föräldrarna och gjorde att de kände sig odugliga och förpassade till passiva åskådare (ibid).

Delaktighet

NE (2014) definierar delaktighet som aktiv medverkan. Föräldrars delaktighet i vård och skötsel av sitt barn vilar enligt Homer et al. (1999) på god kommunikation. Jackson och Wigert (2013) skriver att möjlighet till informationsutbyte, kommunikation mellan föräldrar och vårdpersonal, samt ett gott bemötande är en förutsättning för föräldrars aktiva deltagande i barnets vård på NIVA. Föräldrar behöver enligt Wigert et al. (2010) bjudas in av vårdpersonal till skötsel av barnet, för att känna sig delaktiga i vården av barnet. Föräldrar är oftast i beroendeställning till vårdpersonal som vårdar deras barn (Jackson & Wigert, 2013). Begreppet delaktighet kan tolkas på många olika sätt men inom vården av det nyfödda eller sjuka barnet avses delaktighet i denna studie främst som föräldrarnas möjlighet till att fysiskt närvara och aktivt sköta den dagliga vården av sitt barn på NIVA (Wigert, 2008). Det lilla barnet har utvecklingsmässigt behov av trygghet som fås genom samspel och en positiv anknytning till en förälder (Bowlby, 2010; Lundqvist & Kleberg, 2009; Olhager, 2012). Barnets anknytning till en förälder är avgörande för barnets fortsatta utveckling. En positiv anknytning till en förälder är, enligt Bowlby (2010), när barnets behov uppmärksammas och bekräftats av föräldrarna. Barnet vågar lämna föräldrarna och utforska sin omvärld eftersom barnet lärt sig att föräldrarna finns kvar när barnet återvänder till föräldrarna för att kunna få tröst och uppmuntran. En utebliven anknytning ger barnet sämre framtida förutsättningar att känna trygghet (Bowlby, 2010). Barn och föräldrar behöver utveckla en modell för gemensam kommunikation (Lundqvist & Kleberg, 2009). Genom att uppmuntra föräldrar till hud mot hud kontakt med barnet stärks anknytningen mellan barn och förälder och bidrar till en känsla av delaktighet hos föräldrarna (Fergan, Helseth & Fagermoen, 2008).

Tidigare forskning

Litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed under januari till april år 2014 för att ge kunskap om tidigare forskning angående hur föräldrar upplevde det att bo i familjerum på neonatalavdelning när deras barn vårdades där. För att finna studier som svarade an mot studiens syfte lästes i första hand titel och sedan abstract.

De artiklar som redan i titeln tydligt frångick syfte och inklusionskriterier valdes bort utan vidare granskning av abstract. Artiklar som söktes var granskade enligt Peer Review och avgränsades till de senaste tio åren för att erhålla aktuell data. Sökord som användes var: *Parent* OR (mother OR father), parental*, experience, family room, neonatal*, care*. Neonatal AND parent* AND intensive care*. Svårighet att finna artiklar i strukturerad sökning ledde till sökning via *browsing*, det vill säga söka fritt genom att bläddra i tidsskrift eller via internet (Bergbom, 2012; Karlsson, 2012; Polit & Beck, 2012) samt ytterligare sökning via litteraturlistor i de artiklar som redan utgjorde intressant material.

Få studier belyser föräldrars vistelse på familjerum när deras barn vårdas på NIVA. Det finns tidigare forskning på familjecentrerad omvårdnad på barnavdelning när barn ligger inlagda på sjukhus (Harrison, 2010; Shields, Pratt & Hunter, 2006; Ygge & Arnetz, 2004). Studier om familjecentrerad omvårdnad angående barn som vistas på NIVA (Irlam & Bruce, 2002; Staniszewska et al., 2012). Tidigare studier visar på föräldrars uppfattning om omvårdnad på sjukhus (Lam, Chang & Morrissey, 2006) och vid vård på NIVA (Gavey, 2007). Vilka behov föräldrar på NIVA har (Cleveland, 2008; Gavey, 2007; Mundy, 2010) och hur föräldrar upplever hemsjukvården efter att ha vårdats på NIVA (Dellenmark-Blom & Wigert, 2013). Studier har belyst mammors upplevelse av att ha ett prematurt barn på NIVA (Aagaard & Hall, 2008; Bennett, 2005; Wigert, Johansson, Berg, & Hellström, 2006). Mammors uppfattning om rooming-in vård, när barnet vårdas tillsammans med mammorna på vådrummet (Bennett, 2005) och hur amningen fungerar på NIVA (Wataker, Meberg & Nestaas, 2012). Samt studier om pappors behov vid deltagande i vården av sitt nyfödda barn på NIVA (Johnsson, 2008).

I en dansk studie (Beck, Weis, Greisen, Andersen & Zoffmann, 2009) jämfördes föräldrars upplevelse av familjecentrerad omvårdnad relaterat till tre olika rumstyper som var arrangerade för familjerna. De föräldrar som hade ett lite avskilt utrymme med en säng att vila på och en dörr att stänga om sig var de mest nöjda föräldrarna. En mamma som flyttat från den öppna vårdenheten på NIVA till det lilla rummet uttryckte (2009), *"I was placed in a smaller room and was actually alone in it for 4 days. It was great./... /I could have guests in there with me where we could sit quietly and talk and look over to our infant . it was completely different."* (a s 95). Resultatet

visade att föräldrarnas upplevelser kunde delas in i tre kategorier: *Känslan av att vara en besökare till sitt eget barn*, upplevelse från de föräldrar vars barn vårdades på den stora öppna vårdsalen. *Känna sig som mamma eller pappa*, upplevelse från föräldrar vars barn vårdades i ett avskilt utrymme med skynke för. *Känslan av att vara en familjeenhet*, upplevelse från föräldrar till barn som vårdades i det lilla rummet med en dörr att stänga om sig (Beck et al., 2009).

Bennetts kvalitativa studie (2005) undersökte mödrars uppfattning om rooming-in vård på NIVA. Tio mödrar intervjuades om hur de upplevde det att vårda barnet på NIVA och hur mödrarna uppfattade vården när mödrarna fick ha barnen hos sig på vårdrummet dygnet runt. Resultatet visade att föräldrarnas upplevelse av en god och bra vård av barnet på NIVA minskade föräldrarnas stress. Tillräcklig mängd information gjorde föräldrarna nöjda med stödet från sjukvårdspersonalen. Bristande information från sjukvårdspersonalen angående den speciella fysiska sjukvårdsmiljön på NIVA hade gjort sju av tio mödrar uppskrämda medan sex av tio mödrar tyckte att rooming-in vård var en extremt positiv upplevelse för dem som stärkte mor-barn relationen (ibid).

Gavey (2007) studerade hur föräldrar uppfattade neonatalvården i en kvalitativ intervjustudie med 16 föräldrar till 20 prematurfödda barn som vårdats på NIVA. Syftet var att beskriva föräldrarnas upplevelser för att öka vårdteamets förståelse av föräldrarnas behov. Övergripande teman var *Föräldrarnas intryck av NIVA* och *Vårdgivare*. Resultatet visade att även om föräldrar upplevde vårdpersonalen som kvalificerad, stödjande och hjälpsam fanns det vissa svårigheter när vårdpersonalen inte förmedlade samma budskap till föräldrarna. Ena dagen kunde förälder uppmanas att röra vid sitt barn för att nästa dag bli tillsagd att inte störa barnet med beröring, detta förvirrade föräldrar som hade svårt att veta vad de fick och inte fick göra med sitt barn. De beskrev också sitt första intryck av NIVA som chockartat med all teknisk apparatur, mycket personal och oron över att för första gången få se sitt prematura barn. Det kunde ibland dröja många timmar innan föräldrarna fick se barnet första gången. Det späda barnet uppfattade föräldrarna som oerhört litet, hjälplöst och sjukt. När intensivvårdsbehovet minskat flyttades barnet till en annan vårdavdelning, ibland utan förestående information till föräldrarna som då upplevde den nya avdelningen mindre kvalificerad (ibid).

Den psykiska vårdmiljön berördes i en utvärdering av familjers behov på NIVA (Mundy, 2010). I studien undersöktes föräldrars egen uppfattning samt sjuksköterskors uppfattning, Mundy kom fram till att föräldrar och sjuksköterskor hade olika uppfattning om vilka behoven egentligen var. Sjuksköterskor rankade föräldrars behov att prata om känslor högre än föräldrar på NIVA själva gjorde. Mammor i studien rankade stöttning och information från sjukvårdspersonal högre än pappor.

Problemformulering

Idag vårdas nyfödda sjuka eller för tidigt födda barn på NIVA där det ges möjlighet till avancerad intensivvård och kvalificerad omvårdnad av barnet som utförs av vårdpersonal i ett aktivt samarbete med föräldrar. Oavsett vart vården sker är bra information från ansvarig vårdpersonal en grundförutsättning för att vården ska bli bra. Föräldrarna behöver vara informerade och delaktiga för att klara den svåra uppgiften att vårda och ta hand om sitt sjuka eller prematura barn. För att främja föräldrars delaktighet i vården av sitt barn erbjuds föräldrarna boende i familjerum på avdelningen. Det är inte tillräckligt väl studerat hur föräldrar upplever det att bo på dessa familjerum, därför behövs mer kunskap och forskning av detta område.

Problemavgränsning

Hur upplever föräldrarna det att bo på familjerum på NIVA då deras nyfödda barn vårdas där? Vilka underlättande respektive hindrande faktorer finns det för att bo på familjerum?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva föräldrars upplevelse att bo i familjerum på NIVA när deras barn vårdas där.

METOD

Kvalitativ studie som fokuserar på föräldrars upplevelse att bo i familjerum på neonatalavdelning när barnet vårdas där. Intervjuer med 15 stycken föräldrar/föräldrapar med en inledande intervjufråga kommer att genomföras i den fullskaliga studien. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av ljudupptagare. Grundläggande demografiska data och beskrivning av kontexten kommer att gås igenom med förälder innan de bandade intervjuerna startas. Resultatet kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Design

Studien kommer göras med en induktiv, deskriptiv kvalitativ ansats då avsikten är beskriva föräldrars upplevelse att bo i familjerum på NIVA när deras barn vårdas där. Deskriptiva och kvalitativa studier kan göras när målsättningen är att få fram en beskrivning av en händelse eller ett fenomen baserat på individens berättelse och ingen djup tolkning avses (Danielson, 2012; Polit & Beck, 2012).

Urval

Målsättningen är att genom strategiskt urval välja 15 informanter/föräldrapar från tre olika geografiska landsting i Mellansverige. Urvalet består av föräldrar som vistats på familjerum på NIVA när deras barn vårdats där. Ett strategiskt urval möjliggör en variation i svaren och ger ett bredare material med erfarenheter från olika NIVA. Fördelen med ett strategiskt urval kan vara att personen som gör urvalet har egna upplevelser i forskningsfrågan och därigenom kan antas inneha relevant information för att belysa det aktuella fenomenet (Polit & Beck, 2012). En kontaktsjuksköterska, som är insatt i forskningsfrågan, på respektive vårdenhets väljer ut föräldrapar som kontaktas angående eventuell medverkan i studien. Inklusionskriteriet är föräldrar som bott i familjerum med sitt barn på NIVA minst fem dagar under det senaste året.

Datainsamling

Vårdenhetschef och verksamhetschef vid utvald NIVA kontaktas brevlades för att inhämta godkännande till att genomföra studien (bilaga 1). Därefter skickas forskningspersoninformation (FPI) om studie (bilaga 2) samt blankett för informerat

samtycke (bilaga 3) ut till vårdavdelningarna med önskemål om fem informanter från varje enhet. Till de föräldrar som tackat ja till att medverka i studien skickas FPI ut brevledes (bilaga 2). Därefter kan forskarna kontakta informanter via telefon eller mail. De föräldrar som väljer att delta i studien får i samband med bokning ytterligare information.

Intervjuerna börjar med en styrande fråga (Kvale & Brinkmann, 2009). *Då vill jag att du berättar för mig hur du upplevde det att som förälder bo i familjerum när ditt barn vårdades på NIVA?* Därefter följer uppföljningsfrågor som: *Kan du utveckla det mer? Vad var det som var bra?* Intervjun har en avslutande fråga: *Finns det något som du skulle vilja säga till andra föräldrar som flyttar in på familjerum, vad ska de tänka på?*

Efter intervju, när bandspelaren stängts av tillfrågas föräldrar om hur de upplevde det att bli intervjuade. Föräldrar som önskar erbjuds uppföljande kontakt med kurator.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys anses som lämplig metod när skillnader och likheter i en text skall analyseras (Polit & Beck, 2012). En studie med kvalitativ innehållsanalys har enligt Danielson (2012) ett syfte som inbegriper en fråga och en design för studien med planering av alla steg i datainsamlingen och i val av analysform. Deduktiv eller induktiv analysform kan användas som kan vara enbart beskrivande eller med mer djup i sin tolkning. Oavsett vilket tolkningsdjup som används är kvalitativ innehållsanalys till sin form beskrivande med resultat som är lätta att använda i olika kontext (ibid). Textmaterialet kommer analyseras efter Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Genom kvalitativ innehållsanalys identifieras meningsbärande enheter från en textmassa i intervjumaterialet, därefter kondenseras meningar till koder som grupperas tillsammans och ger olika huvudkategorier med undergrupper. Ibland kan ett övergripande tema identifieras (ibid).

Pilotstudien

En pilotstudie med en induktiv, deskriptiv kvalitativ ansats har genomförts för att testa metod, då avsikten var att beskriva föräldrars upplevelser att bo i familjerum på NIVA

när deras barn vårdades där. Urval till pilotstudien enligt bekvämlighetsurval (Billhult & Gunnarsson, 2012; Polit & Beck, 2012), det vill säga, barnsjuksköterska på NIVA vid ett sjukhus i Svealand valde ut två tillgängliga föräldrapar som sedan tillfrågades om medverkan. Inklusionskriteriet var föräldrar som bott i familjerum med sitt barn på NIVA under minst fem dagar det senaste året.

Kontext

NIVA är nybyggd sedan ett år tillbaka och består av en intensivvårdsenhet, traditionell neonatalvård samt fyra familjerum med neonatal lättvård, där en familj per rum bor. Familjerummen på NIVA består av en "riktig" säng samt en hopfällbar "gästsäng". Rummen har egen ingång, dusch, toalett, tvättmaskin samt ett litet kylskåp. Det finns en "personlig" bröstpump på rummet. På NIVA finns ett gemensamt litet pentry utan sittplatser, ett lite större gemensamt kylskåp med märkta lådor för matförvaring, mikrovågsugn och kaffemaskin. Ordinarie sjukhusutrustning och apparater för övervakning av barnens vitala funktioner finns på familjerummen.

Datainsamling

Först kontaktades vårdenhetschef och verksamhetschef vid utvald NIVA brevledes för att inhämta godkännande till att genomföra studie (bilaga 1). Därefter lämnades FPI (bilaga 2) och blankett för informerat samtycke (bilaga 3) ut till vårdavdelningen, med önskemål om två informanter från enheten enligt bekvämlighetsurval. Efter genomläsning av FPI kontaktades föräldrar via telefon av kontaktsjuksköterska, det vill säga barnsjuksköterska inom den neonatala hemsjukvården, för att fråga föräldrar om intresse för medverkan i pilotstudien. Till de föräldrar som tackade ja till att medverka i studie lämnades FPI ut. Därefter kontaktades föräldrarna av författaren till föreliggande studie via telefon. De föräldrar som valde att delta i studien fick i samband med bokning ytterligare information och undertecknade informerat samtycke till studie vid intervjutillfället.

Intervjun

Demografiska data och kontexten gicks igenom. Antal vårdpersonal och personalkategorier som jobbade med barn och familj. Dessa data togs upp innan intervjun startade och bandades inte.

Intervjuerna genomfördes under april månad 2014 med två föräldrapar i ålder 27 till 34 år som fått barn under januari-februari samma år. Intervjuerna var mellan 26 och 31 minuter långa, de spelades in med hjälp av mobiltelefon i familjernas hem på dagtid när båda föräldrarna var hemma och ett syskon var på förskoleverksamhet. De tre barnen var två pojkar och en flicka, varav ett tvillingpar. I den ena familjen var det första barnet, den andra familjen hade ett äldre syskon innan. Barnen föddes prematura i gestationsvecka 31 och 33, med födelsevikt mellan 1875-2160 gram och födelselängd 40-47 cm. Alla barnen föddes vaginalt och utan känd orsak till den för tidiga förlossningen. I det ena fallet var mamman inlagd på sjukhusets förvårdsavdelning i tre dagar innan förlossningen startade på grund av tidig vattenavgång och i det andra fallet skedde förlossningen i hemmet akut. Förloppet på NIVA var i båda fallen okomplicerat utan allvarliga komplikationer. Barnen vistades första dygnet på NIVA:s intensivvårdsenhet och resterande 21 respektive 30 dagar med sina föräldrar på familjerum. Alla barnen skrevs ut från NIVA till hemsjukvården då barnen var i vecka 35, tre respektive fyra veckor gamla. Barnen var vid intervjutillfället utskrivna från hemsjukvården och gick på ordinarie barnavårdscentral (BVC).

Intervjun hade en inledande styrande fråga: *Då vill jag att du berättar för mig hur du upplevde det att som förälder bo i familjerum när ditt barn vårdades på NIVA?* Därefter följde uppföljningsfrågor som *Hur kändes det? Vad var det som var positivt?* En hel del "hm" och "okej" förekom för att bekräfta kommunikation och visa intresse för förälders berättelse. Intervjun hade en avslutande fråga *Finns det något som du skulle vilja säga till andra föräldrar som flyttar in på familjerum, vad ska de tänka på?* Efter intervju, när bandspelaren stängts av, erbjöds föräldrarna uppföljande kontakt med kurator och fick muntlig information om hur förälder själv kunde söka hjälp hos kurator på BVC om behov uppstår senare. Ingen av föräldrarna önskade kontakt med kurator.

Dataanalys

Textmaterialet analyserades efter Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Först transkriberades intervjuerna i sin helhet till en textmassa som genomlästes ett flertal gånger för att rätt uppfatta kärnan i upplevelserna (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2012). Ur textmassan togs

enligt Graneheim och Lundman (2004) en analysenhet ut för att bearbetas och analyseras samt utgöra ett underlag ur vilken meningsbärande enheter, ord som bildar en mening med ett gemensamt budskap, kunde plockas ut vilka svarade an mot syftet i studien. De meningsbärande enheterna skrevs som fristående meningar i tabellform för att ge bättre överblick i analysfasen. Därefter kunde de meningsbärande enheterna reduceras, kondenseras, till en kod bestående av ett eller ett fåtal ord som band samman dem (Danielson, 2012; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Koden är att likna vid en etikett som beskriver de kondenserade meningsenheterna med ett ord (Danielson, 2012). Koderna kunde sedan sättas ihop i grupper och ge kategorier och underkategorier (Danielson, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Kategorierna är ömsesidigt uteslutande mot varandra enligt Krippendorff (i Graneheim & Lundman, 2004) vilket innebär att liknande data inte får återfinnas i två olika kategorier. De kategorier som bildats svarar på frågan *vad* utifrån syftet medan teman besvarar frågan *hur* (Graneheim & Lundman, 2004). I tabell 1 visas exempel på arbetets gång från meningsbärande enhet till kategori.

Tabell 1. Analysunderlag

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
man hade lite svårt att säga, nä nu behöver jag sova så det var ju // men man behövde ju sova också	det var svårt att säga ifrån när personalen kom in fast man behövde sova	Privat sfär	Den psykiska vårdmiljön	Rummets vårdmiljö
det fanns en sån där, .. stör ej skylt ..men jag hängde aldrig ut den	det fanns en skylt som jag inte använde	Privat sfär	Den psykiska vårdmiljön	

Forskningsetiska överväganden

För att genomföra en empirisk studie behöver noggranna forskningsetiska övervägande göras (Polit & Beck, 2012; Stryhn, 2007). Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fastslår att arbete som utförs inom

ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå inte behöver genomgå etikprövning och examensarbeten kräver inte heller prövning eller tillstånd av en etikprövningsnämnd (EPN) (Vetenskapsrådet, 2014). Inför pilotstudien gjordes en forskningspersoninformation (FPI, bilaga 2) som godkänkts av handledare på lärosätet innan den delgavs deltagare i studie både skriftligt och muntligt (Polit & Beck, 2012; Vetenskapsrådet, 2014). Noggranna forskningsetiska överväganden avseende litteratursökning, urval, databearbetning och materialhantering gjordes inför arbetet med studien och de olika delmomenten på väg mot ett färdigt studieresultat (ibid). Författaren strävade efter ett öppet förhållningssätt genom att bortse från egen förförståelse (ibid). I enlighet med Stryhns (2007) rekommendationer redovisas både negativa och positiva resultat i studien. En risk – nytta - analys kommer genomföras vid en aktualiserad formell ansökan till EPN (Polit & Beck, 2012).

Omvårdnadsforskning söker kunskap om hälsofrämjande omvårdnad för att lindra lidande, bevara och förbättra hälsa och för att ge förutsättning för en värdig död (Stryhn, 2007). Omvårdnadsforskningens resultat bidrar till förbättring och förnyar vård och omsorg. I studien tas hänsyn till de grundläggande etiska principerna, full sekretess rådde genom hela arbetsprocessen och det insamlade materialet förvaras oåtkomligt för obehöriga (Polit & Beck, 2012; Vetenskapsrådet, 2014). Ett informerat samtycke har inhämtats efter det att informanterna fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, hur intervjuerna skulle gå till, vilka som var ansvariga för studien samt att deltagande var frivilligt och när som helst kunde avbrytas (ibid).

Redan i planeringen av studien gjordes moraliska och etiska överväganden, exempelvis vid sammanställning av intervjufrågor, för att undvika situationer som kan förorsaka skuld känslor hos informant. Författaren strävade efter att transkribera och analysera texten i enlighet med informantens uttalande och anda. Studien kommer inte, enligt författarens tro, leda till negativa konsekvenser vare sig för enskild informant eller dess närstående. Uppföljande samtalsstöd har erbjudits informanter (Polit & Beck, 2012).

RESULTAT

Pilotstudiens resultat bygger på föräldrars upplevelser beskrivet i intervjuer med två föräldrapar till tre prematurfödda barn. Föräldrarna har bott i familjerum med sina barn på NIVA under vårdtiden. I de granskade intervjuernas resultat har tre huvudkategorier: *Rummets vårdmiljö*, *Isolerat -som en bubbla* samt *Möjlighet till avlastning* bildats. Kategorierna har delats in i sju underkategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Kategorier med underkategorier

Kategori	Rummets vårdmiljö	Isolerat -som en bubbla	Möjlighet till avlastning
Underkategori	Den fysiska vårdmiljön Den psykiska vårdmiljön	Fast vid rummet Komma ut från rummet	Att få service Avlastade varandra Be om hjälp

Rummets vårdmiljö

Kategorin beskriver föräldrars upplevelse av rummets vårdmiljö när de bor med sitt barn i familjerum på NIVA. Föräldrarnas upplevelse av rummets vårdmiljö har delats in i underkategorierna *Den fysiska vårdmiljön* och *Den psykiska vårdmiljön*.

Den fysiska vårdmiljön

Föräldrar upplevde rummets fysiska vårdmiljö som nytt och fint med fräsch interiör, det var både varmt och kallt i rummet, apparatljud som störde och en del hindrande faktorer. Föräldrarna beskrev att de upplevde sig känna barnet bättre när barnet fysiskt bodde tillsammans med föräldrarna på rummet.

Familjerummet upplevdes av föräldrarna som väldigt mysigt men beskrevs av föräldrarna som litet. Föräldrarna upplevde att det var skönt kunna tvätta sina kläder själva inne på rummet då det fanns en egen tvättmaskin. Föräldrarna uppskattade att det fanns en mjölkpump avdelad till rummet som mamman hade tillgänglig dygnet runt. Ett litet kylskåp där det fanns ett avdelat fack för utpumpad bröstmjolk gjorde att föräldrarna upplevde som de hade en egen mjölkbank tillgänglig inne på rummet. En mamma upplevde att mjölken runnit till bättre när barn och föräldrar bodde

tillsammans, mamman beskrev *"just bara att vara närmare där barnen är gjorde att man släppte mjölken tidigare"*. Familjen uppskattade att de kunde se sportprogram på TV och film tillsammans inne på rummet.

Föräldrarna upplevde att det var varmt inne på rummet, en förälder uttryckte, *"först höll man på och smälta bort liksom"*, temperaturen var 24-24,5 grader på rummet men på natten kunde föräldrar ändå frysa. Föräldrar saknade riktigt täcke och kudde på natten när det ibland upplevdes kallt på rummet, *"man vande sig, man tyckte det var skönt, så tyckte man nästan det var kallt när man kom ut i resten av sjukhuset"*. Föräldrarna upplevde att det var mörkt på rummet dygnet runt med dämpad belysning och neddragna persiennerna. Föräldrarna upplevde att det var viktigt göra skillnad på dag och natt genom att dra upp persiennerna och klä på sig kläder på morgonen.

Rummet upplevdes av föräldrarna som lyhört, när några föräldrar applåderat högljutt åt ett sportresultat kom vårdpersonal springande för att se vad som hänt. Föräldrarna upplevde att ljudet från apparater som larmade stressade föräldrarna och störde nattsömnen, många larm var i onödan, *"så vart jag ju jättestressad av allt det plingandet åh men den här gången så visste jag ju att det är inte det att han, eller dom heller på att dö utan det .. 90 procent var det ju att en elektrod eller nåt hade lossnat, så det var ju inget allvarligt"*.

Föräldrarna upplevde att det var skönt när vårdpersonal sänkt ljudvolym på apparatlarm inne på rummet när föräldrarna bett om det. Föräldrarna upplevde att personalen ansvarade för barnets medicinska tillstånd, föräldrarna behövde inte bry sig om apparatlarm, *"om ni kollar på hur han mår så har ju vi koll där ute på monitorn" .. "händer det nånting så piper det där ute hos personalen"*.

Föräldrarna beskrev att det inte fanns några leksaker på rummet till syskon eller någon lekhörna ute på avdelningen, de fick hämta in leksaker från ett gemensamt utrymme ute vid avdelningens pentry. När syskon var på rummet upplevde föräldrarna att de mest fick passa apparater som var lockande för syskon att röra vid, *"vid pentryt där fanns det några leksaker så där kunde man hämta, där kunde man ta med in till rummet då" .. "dom gångerna han var där så var det ju mer och pillade på apparater"*.

Den psykiska vårdmiljön

Föräldrarna upplevde rummets psykiska vårdmiljö som en privat sfär som respekterades av och till av vårdpersonalen. Föräldrarna gjorde sig hemmastadda i rummet och vårdpersonalen kom in ibland för att titta till dem och se att allt var bra på rummet. Föräldrar upplevde att de kände mer närhet till barnet när de bodde tillsammans i familjerummet.

Föräldrar upplevde att vårdpersonal kunde komma in på rummet när som helst på dygnet, *"dom kom ju och gick hej vilt"*. Föräldrarna upplevde att de tänkte sig för när de var av- eller påklädda. Vårdpersonal knackade visserligen på dörren innan de kom in men väntade inte på svarsbekräftelse från föräldrar, *"det var en knackning och sen en sekund senare så var de inne i rummet"*. Vårdpersonal upplevdes som van vid att se oklädda föräldrar. Vid vårdpersonalens skiftbyte upplevde föräldrar att de förväntade sig att den nya vårdpersonalen kom runt och presenterade sig, *"så man gick ju inte runt naken"*.

För att få vara mer privat på familjerummet fanns det en skylt att hänga ut på dörren, *"det fanns en sån där, .. stör ej skylt ..men jag hängde aldrig ut den"*. Föräldrarna berättade att om de hade hängt ut skylten hade nog inte vårdpersonal kommit in hur som helst i samma utsträckning utan respekterat att föräldrarna inte ville bli störda. Alla föräldrar visste inte om att skylten fanns. En förälder beskrev att hon hängde ut skylten en gång för att få sova ifred på dagen. Det var svårt att säga ifrån när vårdpersonal kom in fast föräldrarna upplevde att de behövde sova, *"man hade lite svårt att säga, nä nu behöver jag sova så det var ju .. men man behövde ju sova också"*.

Föräldrarna upplevde att när de bodde på familjerummet på NIVA kom vårdpersonal in då och då för att höra med dem om allt var bra, för att presentera sig eller för att föräldrarna ringde efter vårdpersonal. Föräldrarna uppskattade att vårdpersonal kom in varje dag till dem på familjerummet, vårdpersonal berömde, småpratade och gav föräldrarna tips. En del vårdpersonal upplevde föräldrarna stannade kvar lite längre för att prata med föräldrarna. Vårdpersonal kom in oftare i början av vårdperioden upplevde föräldrarna, efter att övervakningen på barnet släppt blev det mer sällan vårdpersonal bara kom in på rummet till familjen. Föräldrarna beskrev att

avdelningens kurator kom till familjerummet och presenterade sig men föräldrarna upplevde inte att de behövde prata med kurator då.

Föräldrarna beskrev familjerummet som deras egna rum och de gjorde fint på rummet, *" skapa sin egen liksom, ställde in blommor, liksom alla kort för att få, gjorde liksom fint"*. När föräldrarna lämnade rummet och kom åter upplevdes det som att komma hem igen. Föräldrar upplevde att man vande sig vid att bo på rummet. När det var dags för utskrivning av barnet upplevde föräldrarna att hur bra det än varit på familjerummet så var det ändå inte som hemma, *"Alltså hur bra man än trivs där så är ju hemma alltid hemma. Sina egna grejer och kunna laga egen mat"*.

Isolerat -som en bubbla

Kategorin beskriver föräldrars upplevelse av att vara isolerade -som i en bubbla när de bor med sitt barn i familjerum på NIVA. Föräldrarnas upplevelse av det isolerade rummet delas in i underkategorierna *Fast vid rummet* och *Komma ut från rummet*.

Fast vid rummet

Föräldrarna upplevde att det prematura barnet inte fick eller kunde lämna rummet, *"han var ju fast i sina elektroder också som var fäst, där inne så det var liksom knappt en meter som man kunde ta honom från och han var ju .. stationerad, i en månad"*. När barnet var fast vid rummet blev en förälder också fast inne på rummet med barnet hud mot hud på bröstet. Föräldrarna upplevde det viktigt med den nära hudkontakten med barnet och hade i princip alltid, från morgon till kväll, barnet på bröstet. Föräldrarna upplevde att mamman var mer låst vid rummet, *"kunde ju inte på samma sätt eftersom hon skulle ju pumpa vatten timme med mjölk hon hade ju inte riktigt lika stor rörelsefrihet som mig"*.

En mamma upplevde att hon saknade syskonet som var kvar där hemma. Mamman grät varje gång hon träffade syskonet och upplevde det jobbigt vara åtskilda. Samtidigt upplevde föräldrarna att syskonet inte skulle klara av boendet på familjerummet med föräldrarna, syskonet ville inte stanna kvar på rummet vid besök. Föräldrarna upplevde att syskonet inte orkade vara fast på rummet, även om det fanns film att se på och TV så ville syskonet inte vara där, *"så är det en pojk med mycket energi så sitta där och*

kolla på TV, han ville väl ut och leka" Föräldrar med äldre syskon upplevde stress både inför att lämna det prematura barnet på sjukhuset och inför att inte vara tillräckligt mycket med det äldre syskonet.

Komma ut från rummet

Föräldrarna upplevde att det var väldigt skönt komma ut från rummet en stund ibland, ta en nypa frisk luft, *"bara liksom välja ut nya kläder eller gå promenad .. det var väldigt skönt!"* När syskon var med i familjerummet upplevde föräldrar att syskonet direkt ville ut från rummet och hem, *"han ville ju hem så det .. han sa ju hej då hela tiden när han stod i dörren"*. Föräldrarna upplevde att de var isolerade på familjerummet med bara lite besök från närmast anhöriga, *"det blir så isolerat, det blir som en bubbla"*. Föräldrarna var oroliga för att besöket skulle dra med sig infektioner till barnet, *"jag kände det var så extremt restriktivt, att dom var tvungna till att va super-jättefriska"*. Föräldrarna hade närstående som ville komma till familjerummet på besök men då de blev sjuka fick besöket ställas in.

Det saknades gemensamma utrymmen för samvaro på neonatalavdelningen och när rummet lämnades för korta stunder upplevde föräldrarna att det var skönt med lite socialt umgänge med andra föräldrar på avdelningen. Det var vid mikrovågsugnen man träffades för lite socialt umgänge med andra vuxna. Föräldrarna beskrev att de uppskattade den sociala samvaron med de små vardagliga fraserna, *"eftersom man inte direkt uppmuntrades att göra det så blev det ju bara när man stod och värmdde vid mikron som, då kunde man stå och småprata och det var väldigt trevligt"*. Föräldrarna upplevde att de saknade sällskap och uppskattade vårdpersonalens besök *"kanske blev pratsugen också, så när de kom så sög man åt sig för .. prata med mig"*.

Möjlighet till avlastning

Kategorin beskriver föräldrars upplevelse av möjlig avlastning när barnet bor tillsammans med föräldrarna i familjerum på NIVA. Föräldrarnas upplevelse delas in i underkategorierna *Att få service*, *Avlastade varandra* och *Be om hjälp*.

Att få service

Föräldrarna upplevde det skönt att få sova själva den första natten utan barnet på rummet och samla sig inför det plötsliga föräldraskapet *"det kändes ändå bra å att han sov ute på intensivens första natten då, äh .. då hann ju vi liksom landa i att okej nu har han kommit åh vi fick sova själva en natt åh liksom .. samla oss över .. att han redan var här"*. Föräldrarna upplevde att de fick lära sig sköta barnet tillsammans med vårdpersonalen, blev servade av vårdpersonalen och fick ta del av tips och råd. När föräldrarna kände sig redo upplevde föräldrarna att de klarade sköta barnets omvårdnad själva på rummet, *"kom det inrullandes ett, ett uppvärmt bad och sådär så det fixa dom alltihop så det kom, ett färdigt bad i jättebra ergonomisk höjd å, så var det bara, det var bara att bada och sen kom dom och hämta och gjorde allt annat"*.

Föräldrarna upplevde att vårdpersonalen servade föräldrarna med att plocka ut föräldrarnas disk och sopor från rummet, städpersonal kom och städade rummet. Föräldrarna uppskattade att få servicen, *"det kom in en städare varje dag -ja hej är det lugnt, kan jag städa nu? ja visst! Väldigt lyxigt"*. Om en förälder behövde få in saker som flaska, blöjor, lakan till rummet eller behövde hjälp med barnet fanns det en signalknapp att trycka på, både för vardagliga situationer och en särskild alarmknapp vid mer akuta situationer. Föräldrarna upplevde att om de skulle trycka på larmknappen skulle vårdpersonalen komma snabbt till dem. *"det var en sjuksköterska som råka trycka på direktlarm och dom kom på typ några sekunder springande med andan i halsen och då .. "nej nej, det var bara jag". så då kom dom superjättesnabbt"*.

Föräldrarna upplevde vårdpersonal tillmötesgående som erbjöd föräldrarna att sondmata barnet nattetid för att ge mer sömn åt föräldrar *"dom sa ju flera gånger att om ni vill sova mer ordentlig en natt, för han sondades ju varannan timme, och det tog en halvtimme varje gång och då var det ju bara en och en halv timme tills man skulle upp igen"*. Föräldrarna berättade att vårdpersonalen kunde avlösa föräldrarna om de ville äta tillsammans eller vara själva en stund men det blev aldrig så. Föräldrarna beskrev att vårdpersonal erbjöd sig avlösa en mamma som var ensam på familjerummet, *"dom frågade då när (pappan) var sjuk om jag behövde smita ner till restaurangen för att fixa med mat, så kunde en vänta där inne i rummet men då hade (pappan) ju redan fixat matlådor så jag hade ju mat"*.

Avlastade varandra

Föräldrarna uppskattade att de bodde tillsammans på familjerummet, vilket underlättade för föräldrarna att dela på matning och skötsel av barnet. Föräldrars upplevelse var att de fått mycket tid tillsammans med barnet på familjerummet. Föräldrarna upplevde att de avlastade varandra med vården av barnet på familjerummet. Barnet lämnades aldrig ensamt utan en förälder var alltid med barnet i rummet. När en förälder var med barnet på rummet kunde den andre sköta vardagssysslor, hämta post och mat från hemmet samt hämta och lämna syskon på förskoleverksamhet. När en förälder åkte hem för att vila från sjukdom, då upplevde föräldrarna att syskonet behövde omsorg, *"jag kom på morgonen .. när jag lämnade honom på dagis, det var inte det att jag låg sjuk i sängen hemma och fick vila ut, utan det var ju upp på morgonen i alla fall och sen iväg med storebror"*.

Det upplevdes viktigt för föräldrarna att kunna ge varandra lite egentid. Några föräldrar upplevde att det var värt mycket för mamman att få en dag i hemmet tillsammans med det äldre syskonet, *"på en helg där, då bad jag att jag skulle få hyra en pump så jag fick åka hem så jag kunde vara hemma längre med (storebror) där men det var inga problem, så det kan jag i och för sig tipsa om att man tar sig om man har syskon .."*.

Be om hjälp

Föräldrarna upplevde att de kunde be om och få hjälp av vårdpersonal på familjerummet om de behövde det. Föräldrarna bad om hjälp till natten med sondmatning och blöjbyte av barnet så föräldrarna fick sova lite ostört. När vårdpersonalen kom in och hälsade inför nattsiftet kunde föräldrarna samordna med dem vem som skulle göra vad under natten, *"Vi bad om hjälp för vi vart ju sjuka förståss .. så vi låg i feber där" .. "då fråga jag om det gick bra? och då sa dom .. - självklart, och då sa dom att -säg bara till oss om ni behöver hjälp.."*.

Föräldrarna önskade de haft möjlighet få mat till rummet eller kunnat köpa från restaurangen men upplevde att det skulle bli dyrt för dem att köpa mat flera gånger om dagen. Föräldrarna drack det som fanns fritt tillgängligt i avdelningens pentry, *"det fanns i kylskåpet så man fick ta juice, så det, så juice drack vi .. te fick man ta gratis, kaffe fick man betala för .. och ibland fanns det mjölk"*. Föräldrar upplevde att deras

anhöriga fick komma med mat åt dem när de bodde med sitt barn på familjerummet. En del föräldrar upplevde det tråkigt och enformigt med mikrovågsmaten men ändå uppskattat när de anhöriga kom dit med matlådor, *"vi hade ju tur med vårt sociala nätverk att det kom matlådor lite då och då .. det var ju väldigt mycket värt"*. Andra föräldrar tyckte det fungerade bra med matlådor hemifrån.

Föräldrarna upplevde det svårt att sköta matintaget på familjerummet på ett bra sätt när det bara fanns mikrovågsugn för värming av medhavd mat, *"dom tjata på mig hela tiden, -du måste äta och dricka ordentligt för amningen. Ja men det är så lagom lätt å äta ordentligt när man inte har nåt .. när det bara finns mikro"*. Föräldrarna upplevde att de gärna haft tillgång till en kokplatta att laga mat vid då de tröttnade på att värma matlådor i mikrovågsugnen ute på avdelningen. *"det var världens sämsta mikrovågsugn, den var helt utsliten redan, det tog typ sex minuter att värma en matlåda"*.

DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva föräldrars upplevelse att bo i familjerum på NIVA när deras barn vårdas där. Resultatet bygger på föräldrars upplevelser beskrivet i intervjuer med två föräldrapar till tre prematurfödda barn som bott i familjerum på NIVA när deras barn vårdats där. I de granskade intervjuernas resultat har tre huvudkategorier identifierats *Rummets vårdmiljö, Isolerat -som en bubbla* samt *Möjlighet till avlastning* vilka ligger till grund för resultatdiskussionen.

Metoddiskussion

Som metod användes Polit och Becks (2012) modell för genomförande av en pilotstudie med intervjuer i syfte att sammanställa aktuell data inom området. En kvalitativ intervjustudie kan vara en bra metod för att beskriva vilka behov av förändringar som finns inom den kliniska verksamheten och ge förslag till fortsatt forskning.

För att få en bred uppfattning om forskningsområdet skall både kvalitativa och kvantitativa data inkluderas (Forsberg & Wengström, 2008). Omvårdnadsforskning ämnar sig väl för kvalitativa metoder, den analys av intervjuer som ligger till grund för

resultatet i föreliggande studie har enbart kvalitativ ansats vilket kan uppfattas som en svaghet i resultatet (Bergbom, 2012; Polit & Beck, 2012).

Problemformulering utarbetades enligt Henricsons (2012) modell enligt följande: Var finns problemet, hos vem? Vilken kunskap och klinisk erfarenhet har jag om ämne och problem? Vad är viktigt, vad vill jag veta om problemet? Vilken tidigare forskning finns och varför är det betydelsefullt att studera problemet? Genom att följa modellen kunde en fullständig problemformulering utformas som låg till grund för den fortsatta studien. Genom många års klinisk erfarenhet inom barnsjukvård, dock ej specifikt inom neonatalområdet, kunde författaren nu tillägna sig ny kunskap inom området.

Det har vid sökning i CINAHL och PubMed varit svårt att hitta specifika studier om hur föräldrar upplever själva boendet i familjerum på NIVA. I de studier som undersökts inom angränsande område till forskningsområdet har det överlag saknats uppgifter om vart föräldrar har övernattat. Sökning i referenslistor och vid manuell friskökning enligt *browsing* (Karlsson, 2012; Polit & Beck, 2012) har inte heller det gett ett utökat underlag för tidigare forskning på området. En Brasiliansk studie från 2009 angående föräldrars uppfattning om sin närvaro på NIVA, var på portugisiska som inte kunde översättas och studien uteslöts därför.

Intervjuerna som gjordes med de två föräldraparen gav en mängd upplevelser men många var likartade, urvalet blir inte spritt med enbart två intervjuer. Med ett större antal intervjuer kan urvalet bli annorlunda och då kommer troligtvis fler variationer påvisas. Då intervjutekniken påverkade datainsamlingen, kan ett upprepat antal intervjuer ge ett mer specifikt analysunderlag (Kvale & Brinkmann, 2009). Grunden för den kvalitativa innehållsanalysen var att påvisa skillnader och likheter inom forskningsområdet (Polit & Beck, 2012). Syftet med pilotstudien var att undersöka metoden, validera den och ge rekommendationer för fortsatt forskning (ibid). Författaren anser att metoden lämpar sig väl för fortsatt forskning inom området.

Meningsenheter uttagna i analysprocessen kortades enbart ner när innebörden i texten inte ändrades (Graneheim & Lundman, 2004). Under databearbetning och analys ägnades tid åt att identifiera kategorier som svarade an mot studiens syfte. Det skapades först en stor mängd koder som gav underkategorier som visade sig angränsa

till varandra, vilket resulterade i kategorier. Slutligen skapades tre huvudkategorier med underkategorier som ansågs svara mot studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Citat som finns med i resultatet har valts ut för att tydliggöra kontexten och styrka resultatet (Forsberg & Wengström 2008). Citat är inte kodade då dataunderlaget enbart bestod av två intervjuer.

Samarbetet mellan författare och handledare har varit en styrka under arbetets gång. Diskussioner har lett till ökad insikt och kunskap om föräldrars upplevelser och omvårdnadens betydelse inom den neonatala vården. Diskussioner har också underlättat databearbetning och bidragit till vidgade vyer inom ämnet hos författaren. Det faktum att det fullständiga intervjumaterialet lästs och diskuterats av både författare och handledare tillsammans stärker studiens kvalitet och trovärdighet (Danielsson, 2012; Polit & Beck, 2012)

Resultatdiskussion

Pilotstudiens resultat beskriver att föräldrarna lärt känna sina barn bättre när de bodde tillsammans i familjerummet och föräldrarna upplevde att de fått mycket tid tillsammans med barnet. Wigert (2008) beskriver i sin studie att det främst var föräldrarnas möjlighet till fysisk närvaro på NIVA som gjorde att föräldrarna kände sig delaktiga i den dagliga vården och skötseln av sitt barn (ibid). Även NE (2014) definierar delaktighet som just aktiv medverkan. I studiens resultat framkom att föräldrarnas möjlighet att vara nära sitt barn dygnet runt upplevdes vara en förutsättning för att föräldrarna skulle känna sig delaktiga och därigenom uppnåddes trygghet hos föräldrar på NIVA.

I studiens resultat framkom att den fysiska vårdmiljön på familjerummet uppskattades av föräldrarna, det var nytt, fint och fräscht vilket enligt Forsgren (1999) ger ett varmt och välkomnande intryck till föräldrarna. Ylikangas (2012) skriver att föräldrar påverkas av den vårdmiljö de vistas i, när föräldrarna upplever att de vistas i en vacker och till dem estetiskt tilltalande omgivning påverkar det föräldrarna positivt. Föräldrarna på familjerummet i studien reagerade med sina sinnen på olika syn-, hörsel- och känseluttryck. Föräldrarna upplevde att rummet var fint och fräscht men de stördes av apparatlarm. Även Florence Nightingale (Bergbom, 2014; Selanders, 1995; Ylikangas, 2012) beskrev miljöns betydelse för ett snabbare tillfrisknande. Den

stämning och atmosfär som rådde i rummet, föräldrarna upplevde att vårdpersonalen bjöd in dem till gemensam skötsel av barnet, påverkade föräldrarnas känslor positivt. Föräldrarna upplevde en känsla av delaktighet och kunde uppleva vårdmiljön i familjerummet på NIVA som vårdande vilket stärks i tidigare studier (Geimer-Flanders, 2009; Ylikangas, 2012).

Föräldrarna i studien uppskattade de faciliteter som fanns på rummet, de kunde se på TV, tvätta i egen tvättmaskin och hade ett eget kylskåp. Den fysiska vårdmiljön underlättade deras vardag vilket även tidigare studier visar (Douglas & Douglas, 2004; Fridell, 1999; Lundqvist & Kleberg, 2009; Wigert, 2008; Wigert et al. 2010). Detta gjorde att föräldrarna behövde mindre hjälp från anhöriga men det gjorde också att de blev än mer isolerade inne på rummet med barnet. De föräldrar som hade syskon att ta hand om upplevde det svårt för syskon vistas inne på rummet, även vid korta besök. Aktuell forskning visar att avsaknad av lekytor och leksaker på rummet (Douglas & Douglas, 2004; Kylberg et al., 2009; Wigert et al., 2010) samt en massa teknisk apparatur som inbjöd till att "*pilla på*" försvårar för syskon att bo med familjen på NIVA. Detta gjorde att föräldrar upplevde att de inte lät syskonet bo med dem på familjerummet utan lät syskon bo kvar i hemmet med anhörig. Fast det fanns möjlighet för alla i familjen att bo på familjerummet tillsammans. Jackson och Wigert (2013) beskriver hur mor- och farföräldrar ofta får stötta sina barn och barnbarn med att passa hemmavarande syskon när familjen vårdar sitt nyfödda barn på NIVA.

Studiens resultat visar hur föräldrarna upplevde att vårdpersonalen inte respekterade föräldrarnas privata sfär när de gick in i rummet utan att vänta på svar efter att de knackat på dörren. Om stör ej skylten satts upp på dörren upplevde alla föräldrar att vårdpersonal skulle respekterat deras önskan att få vara ifred. Föräldrarna använde inte den möjligheten mer än vid ett tillfälle. Wigert (2008) tar i sin studie upp att föräldrar alltid är i beroendeställning gentemot vårdpersonal som vårdar barnet. Beroendeställningen skulle också kunna förklara varför föräldrarna inte använde sig av möjligheten att få vara ostörda inne på rummet. Allmän uppfattning hos föräldrarna var att de vände sig vid vårdpersonal som gick in och ut ur familjerummet och att vårdpersonalen ändå var van vid att se halvklädda föräldrar.

Barnet vårdades av sina föräldrar på familjerummet men var också i behov av övervakning då det var litet och skört. När barnets tillstånd är stabilt kan föräldrarna mycket väl vårda och sköta sitt barn på familjerum (Jackson & Wigert, 2013). Barnets medicinska tillstånd kan snabbt ändra sig, vårdpersonal måste ha tillsyn av barnet inte bara via övervakningsmonitorer utan även genom att fysiskt se barnet (Jackson & Wigert, 2013; Olhager, 2012; Wigert, 2008).

Studiens resultat visade att föräldrarna uppskattade när vårdpersonal tog sig tid att hälsa på i rummet och prata med föräldrarna. Föräldrarna upplevde också att vårdpersonalen lärde föräldrarna klara vården av barnet själva och att föräldrarna fick hjälp när de bad om eller ville ha det. Enligt de riktlinjer som utarbetats i NOBAB:s standard (2004), för barn som vårdas på sjukhus, kan föräldrarna medverka i vården av sitt barn genom att erhålla den information och vägledning som förälder behöver. Barnsjuksköterskan skapar en god och tillitsfull relation med barnets föräldrar genom att ge optimal omvårdnad av barnet, detta i enlighet med barnsjuksköterskans yrkeskompetens (Socialstyrelsen, 2008). När barnsjuksköterskan ger stöd till familjen och positivt bekräftar föräldrarnas omvårdnad av barnet kan föräldrarna uppleva delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

I studiens resultat framkom att föräldrarna kände sig isolerade på familjerummet. En förälder uttryckte att isoleringen var "*som en bubbla*" där barn och förälder upplevdes som fastlåsta vid rummet. Om närstående kom på besök var de tvungna att känna sig helt friska. Detta kan sätta stor press på närstående, vem vill riskera att komma på besök med ett virus, som dessutom smittar mest innan det bryter ut? Alla föräldrar tyckte det var väldigt skönt att få komma ut från rummet ibland, få frisk luft eller lite socialt umgänge. Vårdpersonalen avrådde föräldrarna från att träffa andra föräldrar på NIVA, relaterat till smittorisen, trots att de borde vara i samma situation och alla lika vaksamma på virus eller bakteriesymtom. Spridningen av bakterier från vårdpersonal till det prematura barnet är ett bekymmer och en stor riskfaktor (Olhager, 2012), särskilt när barn vårdas på gemensamma salar. Möjligheten att få vila ostört eller komma ut från rummet var begränsad och berodde till stor del på om den andre föräldern kunde vara där och avlasta. Ingen förälder upplevde att de ville lämna barnet ensamt på familjerummet, när den ena föräldern var ute var den andre föräldern med barnet på rummet. I NOBAB:s standard (2004) påpekas barnets rätt till trygghet vilket

innebär barnets rätt till att ha en förälder hos sig på sjukhuset under hela sin sjukdomstid, oavsett barnets ålder. Även föräldrarna har rätt vara med sina barn på sjukhuset. Barnet har också rätt till att få hjälp av sina föräldrar, vilket innebär att det ska beredas plats på barnets rum för åtminstone en förälder (ibid).

På NIVA där studien gjordes arbetade vårdpersonalen utifrån familjecentrerad omvårdnad (Harrison, 2010). Enligt Rindstedt (2013) är det viktigt ställa frågan: Uppvisar vårdpersonal på NIVA ett familjeperspektiv, på vilket sätt visar vårdpersonal att de arbetar familjecentrerat? Det viktigaste i samarbetet mellan barnsjuksköterska och familj är enligt Ygge (2007) att få föräldrarna känna sig som bra föräldrar. Om föräldrarna upplever att de får stöd av vårdpersonalen är de, enligt Ygge, mer kapabla att själva ta hand om sitt barn på sjukhuset. Föräldrarna i studien upplevde att de fick bra stöd när de behövde av vårdpersonal på NIVA. Föräldrar till barn på sjukhus är sårbara (Ygge, 2007) och barnsjuksköterskan måste bemöta familjen med känsla, omtanke, ett gott bemötande och skicklighet (Socialstyrelsen, 2008) vilket vårdpersonal på NIVA visat föräldrarna att de kan enligt föräldrarnas upplevelse.

Föräldrarna upplevde att de kunde be om och få hjälp av vårdpersonal. Ett familjecentrerat synsätt innebär enligt Harrison (2010) involvera familjen i all vård och omvårdnad som rör barnet. Familjen ska vara delaktig i de beslut som rör barnet, föräldrar ska betraktas som de viktigaste personerna i barnets liv. Barn och familj ses som en unik helhet (ibid). På NIVA interagerade vårdpersonal med föräldrar på ett positivt sätt men för syskonet fanns det inte riktigt plats eller utrymme. När föräldrarna bodde med sitt barn på familjerum var det ibland svårt för dem att få ha en privat sfär. Föräldrarna upplevde det svårt tillgodose sina grundläggande behov som mat och sömn vilket kan skapa onödig frustration hos föräldrar. Harrison (2010) påpekar att även om vårdpersonal anser att de arbetar familjecentrerat idag så går det att arbeta ännu mer målmedvetet med familjeperspektivet i centrum inom den pediatrika vården.

Slutsats

I familjerummet på NIVA gick vårdpersonal in och ut ur rummet dygnet runt, utan att respektera föräldrarnas privata sfär, men föräldrarna uppskattade ändå när vårdpersonal kom in och tittade till familjen. När vårdpersonal kom in fick föräldrarna

råd och stöttning, de kände sig trygga och bekräftade i vården av sitt barn. Föräldrarna upplevde att barnet var stationerat i rummet, fastlåst vid sin övervakningsutrustning och isolerat för att undkomma infektioner. Forskning angående nyttan av att isolera barn på neonatalavdelning kan ge svar på om det är meningsfullt och försvarbart att isolera barn på rummet. Föräldrarna kände sig isolerade på rummet och beskrev att det var skönt lämna rummet för en stund. En förutsättning för att kunna lämna rummet var att föräldrarna avlöste varandra, även om vårdpersonal många gånger sa till dem att de kunde lösa av föräldrarna så blev det sällan så. Föräldrar som så önskar kan erbjudas samvaro med andra familjer som är eller har varit i liknande situation, för samtalsstöd eller för lite socialt umgänge.

Utan tillgång till lagad mat på rummet fick anhöriga komma med matlådor till föräldrarna. För att underlätta för familj att bo tillsammans i familjerum behöver grundläggande behov som matintag och möjlighet till vila kunna tillgodoses. Äldre syskon var svåra att sysselsätta inne på familjerummet, föräldrarna i studien upplevde inte att syskon klarade av att bo med dem i familjerummet utan lät anhöriga bo med syskon i hemmet. Lite sysselsättning för syskon inne på rummet med leksaker i ett skåp eller i en låda borde gå att lösa. Föräldrarna i pilotstudien uppskattade att de fått bo tillsammans med sitt barn i familjerum på NIVA. Föräldrarna upplevde att de lärt känna barnet och fått mycket tid tillsammans med barnet när de bott tillsammans med barnet. Föräldrarna beskrev att de känt sig trygga och delaktiga i vård och omvårdnad av sitt barn.

REFERENSLISTA

- Aagaard, H., & Hall, E.O.C. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26-36.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (red.) (2005). *Palliativ Medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Beck, S. A., Weis, J., Greisen, G., Andersen, M., & Zoffmann, V. (2009). Room for family-centered care - a qualitative evaluation of a Neonatal Intensive Care Unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing*, 15(3), 88-99.
- Bennett, R., & Sheridan, C. (2005). Mothers' perceptions of rooming-in on a neonatal intensive care unit. *Infant*, 1(5) 171-174.
- Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 47-63). Polen: Studentlitteratur.
- Bergbom, I. (2014). Vårdande vårdmiljöer. I H. Wijk, (Red.), *Vårdmiljöns betydelse*. (s.17-41). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 305-314). Polen: Studentlitteratur.
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 666-691.
- Cockroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18, 105-110.
- Cooper, L. G., Gooding, J.S., Gallagher, J., Sternesky, L., Redsky, R., & Berns, S.D. (2007). Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*, 27, 32-37.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 329-343). Polen: Studentlitteratur.
- Dellenmark-Blom, M., & Wigert, H. (2013). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a

phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced nursing*, 70(3), 575-586.

Domanico, R., Davis, D.K., Coleman, F., & Davis, B.O. (2009). Documenting the NICU design dilemma: parent and staff perceptions of open ward versus single family room units. *Journal of Perinatology*, 2010(30), 343-351.

Douglas C. H., & Douglas M. R. (2004) Patient-friendly hospitals environments: exploring the patients` perspective. *Health expectations* 7, 61-73.

Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 487-502). Polen: Studentlitteratur.

Ekman, I., & Norberg, A. (2012). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K., Edberg, A., Ehrenberg, F., Friberg, L., Wallin, H., Wijk, & J., Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.) Lund: Studentlitteratur.

Etikprövningsnämnden (EPN). (SFS 2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 2014-03-19 från <http://www.epn.se/sv/start/start sida/> länk till <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/03/030460.PDF>

Fergan, L., Helseth, S., & Fagermoen, M S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 2008(17), 810-816.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Forsgren, T. (1998). "Som en smekning på själen". *En intervjustudie om estetikens betydelse för människan i vården* (Diss.). Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdlärarytbildning.

Forsgren, T. (1999). Estetikens betydelse för människan i vården. *Chefer och ledare i vården*, 2, 13-17.

Fridell, S. (1999). Rum för vårdens möte - fysisk miljö för god vård är också en fråga om ledarskap. *Chefer och ledare i vården*, 2, 5-12.

Gavey, J. (2007). Parental perceptions of neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 199-206.

Geimer-Flanders, J. (2009). Creating a healing environment: rationale and research overview. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(2), 66-9.

- Gooding, J., Cooper, L., Blaine, A., Franck, L., Howse, J., & Berns, S. (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35, 20-28.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Harrison, T.M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric nursing*, 25, 335-343.
- Hedberg Nyqvist, K., & Engvall, G. (2009). Parents as their Infant's Primary Caregivers in a Neonatal Intensive Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 153-163.
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M., Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 53-66). Polen: Studentlitteratur.
- Homer, J.C., Marino, B., Cleary, D.P., Alpert, R.H., Smith, B., Crowley Ganser, M.C., Brustowicz, M.R., & Goldmann, A.D. (1999). Quality of Care at a Children's hospital. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(11), 1123-1129.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2002). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. [Tillgänglig Elektronisk] Hämtad 2014-03-14 från <http://www.swenurse.se/admin/Documents/Etik.pdf>
- Irlam, L.K., & Bruce, J.C. (2002). Family-Centred Care in paediatric and Neonatal Nursing- A Literature Review. *Curationis*, 25(3), 28-34.
- Jackson, K., & Wigert, H. (2013). Historik och rättigheter i ett familjecentrerat perspektiv. I K. Jackson, & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (s. 15-30). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johnson, A.N. (2008). Engaging fathers in the NICU: taking down the barriers to the baby. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(4), 302-306.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M., Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 95-113). Polen: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Malmö: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kylberg, E., Westlund, A. M., & Zwedberg, S. (2009). *Amning i dag*. Stockholm; Gothia förlag.

Lam, L.W., Chang, A.M., & Morrissey, J. (2006). Parents`experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 2006(43), 535-545.

Lassenius, E. (2012). Från rum till rum – eller att vara rum? I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 293-304). Polen: Studentlitteratur.

Lundqvist, P., & Kleberg, A. (2009). För tidigt födda eller fullgångna barn som behöver neonatalvård. I I. Hallström, & T. Lindberg, (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. (s. 247-295) Stockholm: Liber AB.

Mundy, C. A. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 2010(19), 156-163.

Nationalencyklopedin. (2014) Delaktighet. Hämtad 2014-03-16 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/delaktighet>

Nationalencyklopedin. (2014). Vårdmiljö. Hämtad 2014-03-10 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/vårdmiljö>

Nationalencyklopedin. (2014). Estetik. Hämtad 2014-03-10 från <http://www.ne.se/estetik>

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. (2004). Utarbetad av Svenska NOBAB (Nordisk förening för sjuka barns behov). Tryckhuset.

Olhager, E. (2012). Neonatologi. I C., Moell & J., Gustafsson, (Red.), *Ped – Pediatrisk*. (s. 108-143) Stockholm: Liber AB.

Polit, D., & Beck, C. T. (2012) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rindstedt, C. (2013). *Barn möter vården*. Spanien: Studentlitteratur.

Selanders, L. C. (1995). Florence Nightingale En teori om anpassning av miljön. I L. C. Selanders, N. J. Schmieding, & D. L. Hartweg. *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV*, (s.11-44). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1949:381. *Föräldrabalken*. Sveriges riksdag: Justitiedepartementet L2. Hämtad 2014-03-29 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2014-03-29 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2014-03-19 från <http://www.epn.se/sv/start/start sida/> länk till <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/03/030460.PDF>

Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317-1323.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Tillgänglig Elektronisk) Hämtad 2014-03-14 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Utgiven av Riksföreningen för barnsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening, hämtad 2014-03-14 <http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>

SOFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Staniszewska, S., Brett, J., Redshaw, M., Hamilton, K., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2012). The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 243-255.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Svenskt Neonatalt Kvalitetsregisters (SNQ:s) årsrapport 2012. (2001). *Neonatalvårdens omfattning och resultat*. Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister. Hämtad 2014-03-15 från <http://www.medscinet.com/pnq/Uploads/%C3%85rsrapport%202012.pdf>

Ulrich, R. (2012). *Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Institutionen för arkitektur, Centrum för vårdens arkitektur, Göteborg: Chalmers tekniska högskola.

UNICEF. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 2014-03-15 från <http://unicef.se/barnkonventionen>

UNICEF. (2014). Barnkonventionens historia. Hämtad 2014-03-15 från <http://unicef.se/barnkonventionen/historia>

Vetenskapsrådet. (2014). Hämtad 2014-03-15 från <http://www.vr.se/2.5b24e27d107949d9e3880000.html>

Wataker, H., Meberg, A., & Nestaas, E. (2012). Neonatal family care for 24 hours per day: effects on maternal confidence and breast-feeding. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, Okt-Dec*, 26(4), 336-342.

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellström, A. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35-41.

Wigert, H. (2008). *Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård*. (Akademisk avhandling) Göteborg: Göteborgs universitet.

Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A. (2010). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 139-146.

Wijk, H. (Red.). (2014). *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.). (2012) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Polen: Studentlitteratur.

Ylikangas, C. (2007). *Patienters upplevelse av miljön på en intensivvårdsavdelning*. (Självständigt arbete II). Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Göteborg: Göteborgs universitet.

Ylikangas, C. (2012). Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 265-277). Polen: Studentlitteratur.

Ygge, B.M., & Arnetz, J.E. (2004). A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care: Implications for Clinical Practice. *Journal of pediatric Nursing*, 19(3), 217-223.

Ygge, B.M. (2007). Nurses' perception of parental involvement in hospital care. *Journal of pediatric Nursing*, 19(5), 38-40.

Östlinder, G. (2004). Närståendes behov i vård och omsorg. I G. Östlinder (Red.), *Närståendes behov* (s. 7-12). Bromma: Svensk sjuksköterskeförening.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Användare Proprefekt Kristin Falk
 Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1
 Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg
 Telefon: +46 31 786 6010
 E-post: Kristin.Falk@fhs.gu.se

**INFORMATION OM
EXAMENSARBETEN**

2012-xx-xx

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barmomskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ masterexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande provas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

**Med vänliga hälsningar
Kristin Falk**



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONINFORMATION

BAKGRUND OCH SYFTE

Idag vårdas nyfödda sjuka och/eller för tidigt födda barn på neonatal vårdavdelning där det ges möjlighet till avancerad intensivvård och kvalificerad omvårdnad av barnet som utförs av vårdpersonal i ett aktivt samarbete med föräldrar. För att främja föräldrars delaktighet i vården av sitt barn erbjuds föräldrarna boende i familjerum på avdelningen. Det är inte så väl studerat hur föräldrar upplever det att bo i dessa föräldrarum, därför behövs mer kunskap och forskning av detta område. Syftet med studien är att beskriva hur föräldrar upplever att bo i familjerum på en neonatalavdelning.

FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE

Du tillfrågas om deltagande i studie eftersom du som förälder bott i ett familjerum på neonatalavdelning då ditt barn vårdades där.

HUR GÅR STUDIEN TILL?

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta ca 60 min. Intervjun kan göras under dag- eller kvällstid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivas ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet.

FINNS DET NÅGRA RISKER MED ATT DELTA?

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. Intervjuerna i sig kan däremot skapa känslomässiga reaktioner i form av minnen som kommer fram. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

FINNS DET NÅGRA FÖRDELAR MED ATT DELTA?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma föräldrars upplevelser av att bo på familjerum och möjliggöra förbättrat individuellt stöd till föräldrarna från vårdpersonalen.

HANTERING AV DATA OCH SEKRETESS

Intervjun som spelas in, skrivs ut i text och förvaras så att inga obehöriga får tillgång till materialet. När resultatet presenteras görs det på ett sådant sätt så att du som person inte kan identifieras. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

HUR FÅR JAG INFORMATION OM STUDIENS RESULTAT?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

FRIVILLIGHET

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

ANSVARIGA FÖR STUDIEN:

Anki Högvist Leg. Sjuksköterska/ Barnsjuksköterskestudent.

anki.hogkvist@xx

XX

Helena WigertHandledare/ Universitetslektor

helena.wigert@.gu.se

XX

SAMTYCKE TILL MEDVERKAN I STUDIE: FÖRÄLDRARS UPPLEVELSER AV ATT BO I FAMILJERUM PÅ EN NEONATALAVDELNING.

Jag har fått skriftlig information om studien och vet att intervjun kommer spelas in på bandspelare samt att allt insamlat material kommer hanteras konfidentiellt. Även mina och mitt barns personuppgifter kommer behandlas konfidentiellt.

Jag är medveten om att jag när som helst kan avbryta studien utan att behöva uppge några skäl till detta.

Härmed ger jag mitt skriftliga samtycke till att delta i studien

Underskrift: _____

Datum/Ort: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Underskrift av ansvarig för studien:

Anki Högvist
anki.hogkvist@xx
Tel: XX

Handledare:
Helena Wigert
Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademin
helena.wigert@gu.se